問診票

ふりがな

お名前　　性別　□男　□女

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　年齢　　歳

ご住所：〒

電話番号：

頂いた個人情報は、プライバシー保護の観点から厳重に管理致します。

1. 本日は下記のいずれかをご持参されましたか？

□健康保険証　　□マイナンバーカードの保険証

2. マイナンバーカードの保険証で受診された方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

□同意していない　　□同意した

3. 本日、当院を受診された理由を教えてください。　体温（　　℃）　血圧（　　／　　）

いつから、どのような症状がありましたか？

（　　）

□尿が出にくい　　□尿の回数が多い（日中：　　回、寝てから起きるまで：　　回）

□排尿時に痛みがある　□尿が残った感じがする　□下腹部に不快感がある

□尿が漏れる（我慢できないで・くしゃみや咳で・気づかないうちに）　□尿に血が混じる

□熱が出た（　　℃）　□男性機能（勃起障害、男性更年期障害、男性型脱毛症）について

□性感染症について　□性器の異常（陰茎・陰嚢・精巣の赤み・痛み・かゆみ）

□夜尿症（お子様のおねしょ）について　□健診・人間ドックでの検査所見異常について

□側腹部（右・左）に痛みがある　□下腹部（右・左）に痛みがある

□ブライダルチェックをご希望　□その他（　　）

2. 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか？

□高血圧　□脂質異常症（高脂血症）　□糖尿病　□高尿酸血症　□狭心症/心筋梗塞

□脳卒中（脳梗塞や脳出血など）　□腎臓の病気　□喘息　□肺炎　□結核

□悪性腫瘍：どこの部位のがんですか？（　　）

□手術歴：いつ頃、どのような手術を受けましたか？（　　）

□その他（　　）→現在治療を受けていますか？　受けている　受けていない

3. 現在飲んでいるお薬はありますか？　□ある　□なし

おくすり手帳や診療情報提供書をお持ちの方は、診察前に受付にお渡しください。

4. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　□なし

（お薬：　　食べ物：　　その他：　　）

5. タバコは吸いますか？　□吸わない　□吸う（　　本／日）（　　年間吸っている）

6. お酒は飲みますか？　□飲まない　□飲む（量：　　、種類：　　）

7.（女性の方のみ）現在妊娠している可能性はありますか？　□はい　□いいえ

8. 診療に対するご要望があればお書きください。

（　　）

ご記入ありがとうございました。

城東鶴見　腎・泌尿器科クリニック